

母乳哺育醫療學會臨床程序18：
抗憂鬱劑在哺乳母親的使用(2015年更新版)
Natasha K. Sriraman, Kathryn Melvin, Samantha Meltzer-Brody,
及母乳哺育醫學會

母乳哺育醫療學會的主要目標是發展臨床程序來處理可能影響成功母乳哺育的常見的醫療問題。這些程序只用來作為照顧哺乳母親和嬰兒的指導原則，而不應視為惟一的治療方法或是當成醫療照護的標準。治療的方式可以因病人個別的需求而有差異。

背景

產後憂鬱症 (PPD) (有時稱為與妊娠有關的情緒障礙) 是最常見且嚴重的產後狀況之一，影響 10-20% 產後第一年的母親。¹ 研究發現，高達百分之 50 的婦女罹患產後憂鬱症未被診斷出來。² 危險因子包括之前有憂鬱症病史 (約 25-30% 的復發風險)，^{3,4} 包括產後憂鬱症，和在懷孕期間有憂鬱症。其他危險因子包括近期生活上有壓力事件，缺乏社會支持，意外懷孕，⁵ 和經濟上有困難，弱勢，低收入的女性，或黑人女性。

⁶ 此外，研究顯示有經濟困難的家庭中，其女性大約有 25% 會發生憂鬱症狀，可能持續至產後一年或更久。

⁷

治療的方法包括非藥物治療，例如人際心理或認知行為治療，藥物治療，或兩者併用。抗憂鬱藥物是產後憂鬱症最常處方的藥物治療之一。母親和她的醫護提供者應共同努力，選擇適合自己的治療。母乳哺育的媽媽可能會擔心是否持續和/或開始產後憂鬱症的服藥。一些醫護提供者由於

缺乏對抗憂鬱藥物和母乳哺育的資訊，而不願意為哺乳期的母親開處方。決定治療時必須全面性地考量不治療的風險，藥物對哺乳母嬰的風險，和治療的好處。

臨床程序 18 將討論疾病的範圍，強調篩檢的重要性，以及對母乳哺育的產後憂鬱症母親提供有實證的治療建議。

疾病範圍

對於產後憂鬱症是否是一個獨立的實體仍有爭議。在第 4 和第 5 版精神疾病的診斷和統計手冊

(DSM-IV 和 V) 中，產後憂鬱症被認為是嚴重憂鬱症的一個亞型，並有相關的說明表示發生在產後。⁸ 較新的第五版 DSM 擴展產後憂鬱症的定義從懷孕期間出現症狀至產後 4 週。

⁹ 診斷可能被其他合併疾病變得更複雜，包括焦慮症和躁鬱症。產後情緒障礙 (Postpartum mood disorders) 在產後期間常見，但依症狀出現時間和嚴重程度而有不同，包含各種範圍的障礙。^{2,8,10}

“產後精神沮喪 (Postpartum blue)”

的特點是情緒變化，失眠，食慾不振，和崩潰的感覺，可能會影響 30-80% 的女性。^{7,8} 這是一個暫時情況，通常在產後第 5 天達到高峰，在第 10 日前緩解。不像產後憂鬱症，產後精神沮喪不會對嬰兒照顧有負面的影響。

“產後憂鬱症 (Postpartum depression)”是一種嚴重性抑鬱發作，會損害社交和工作能力。症狀會造成顯著痛苦煩惱和可能會有自殺念頭。如果不加以治療，症狀可能持續超過 14 天，甚至數個月至一年的時間。

1

“產後精神病 (postpartum psychosis)”是一種緊急情況的精神病，其特點是妄想，幻覺，譫妄和自殺意念，有自殺和/或殺嬰的潛在風險。每 1000 個生產可能有一至三個，通常產後很快會發生（幾小時或幾週內）。^{7,8} 婦女有產後精神病可能具有產後精神病或躁鬱症的先前病史，但是有些婦女沒有之前的精神病史。^{11,12} 患有躁鬱症的婦女大約 25-50% 有發生產後精神病的風險。¹³

“產後侵入性思維”和“強迫症 (postpartum intrusive thoughts and obsessive compulsive disorder)”在婦女很常見，但對產後婦女而言，需特別關注具有嚴重程度的廣泛症狀。侵入或強迫的思維是令人討厭的，不由自主的思維，印象，或不愉快的想法，可能會走火入魔。這些想法通常對婦女會引起不安或悲苦，可能很難處理或去除。

產後憂鬱症的篩檢

研究證實，大多數母親 (80%) 很願意做憂鬱症的篩檢。¹ 國際上有篩檢產後憂鬱症的指南和專家建議。¹⁶⁻¹⁸

雖然明確的實證有限，美國婦產科學院仍建議臨床醫生使用標準化，經過驗證的工具，對周產期的患者至少做一次憂鬱和焦慮症狀的篩檢。¹⁹ 首先，美國一個大型多中心研究顯示，家庭醫學診所對產後憂鬱症做篩檢和追蹤照護，在 12 個月時顯示母親有較好的預後。²⁰ (I) (實證品質 [證據等級 I, II-1, II-2, II-3 和 III]) 是基於美國預防服務工作組附錄 A 專責小組)。

大多數醫生和產婦/兒童保健提供者都瞭解到產後憂鬱症的不利影響，並同意在他們醫療的範圍之內對新手母親做篩檢。^{22,23} 美國小兒科醫學會和美國衛生總監辦公室承認並呼籲應早期辨識和治療精神健康障礙者，包括產後憂鬱症。^{24,25} 對產後憂鬱症有系統地全面篩檢以早期發現和治療非常重要，已被證明在許多國家是有幫助的。²⁶ (I)。

篩選工具

被研究最多的篩檢方法是愛丁堡產後憂鬱量表 (Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS)。^{7,27} 被認為是屬於公眾領域的 EPDS 是免費的，可以自由使用，有多種語言版本，具有跨文化量表效度。母親以過去 7 天的症狀完成 10 個問題，大約需要 5 分鐘即可完成。²⁷ 有多個和母嬰接

觸的時間點，是篩檢可以進行的。在良好的嬰兒照護訪視，EPDS 篩檢應該於 1-，2-，4-，和 6 個月的期間進行。^{7,16-18,28-30} 剖腹產 2 週後傷口的檢查和產後 4-8 週訪視也是良好的篩檢機會。EPDS 容易取得使用，並且顯示有一定的效度用於偵測產後情緒障礙，可早至產後 4-8 週。^{30,31} (II)

-3) 分數 ≥ 10 或是對於量表中第十題關於自殺想法有肯定回答者應被視為陽性，意味著母親可能承受不同程度的憂鬱症。³² (II-3) 嬰兒照護提供者必須轉介篩檢陽性的母親以得到適當的照顧。

產後憂鬱症的影響

除了對母親有明顯的負面影響，產後憂鬱症也影響孩子，配偶和/或伴侶，和其他家庭成員。它可能導致家庭功能障礙，阻止母嬰連結，導致母乳哺育提早停止，並對嬰幼兒的生長和大腦的發育造成不良影響。^{7,33-36} 母親有產後憂鬱症時，父親憂鬱症的發生率也較高，使憂鬱症對兒童的負面影響更複雜。憂鬱母親的嬰兒表現出與他們的母親較少互動和眼睛接觸，並有生長遲滯，依附障礙及發育遲緩的風險。²

母乳哺育期間母親的情緒，催產素的水平，母親的情感已證實有共享的神經內分泌機轉。³⁷ 這強調有憂鬱症的婦女將受益於儘早和持續母乳哺育。同樣地，婦女若有負面的早期母乳哺育經驗更容易在產後 2 個月時出現產後憂鬱的症狀；因此，婦女有母乳哺育困難時應篩檢憂鬱症狀。³³

治療產後憂鬱症的臨床途徑

婦女一旦被確定有產後憂鬱症的風險時，必須考慮並提供給她治療方式的選擇。對於輕度到中度憂鬱的母乳哺育母親，心理學/認知行為治療，如果有效，應被視為第一線治療。³⁸ (II-2)

治療

非藥物治療

心理治療。 心理治療對產後嚴重憂鬱症是有效的，不同類型的治療似乎同樣有效。³⁹⁻⁴⁷ 在產後施行心理治療有三種途徑，包括人際療法，認知行為治療和心理動力學的心理治療（非指導性治療）。³⁹⁻⁴⁷ 非藥物治療對不傷害嬰兒通常會被憂鬱症母親接受。

嬰兒餵養注意事項。 母乳哺育的困難和周產期憂鬱症狀常一起出現，憂鬱症的處置應包括與母親討論母乳哺育的經驗。有些有憂鬱症的母親發現，母乳哺育能增加與嬰兒的連結，並改善她們的情緒，然而有些母親發現母乳哺育是困難的。對於為了乳汁的產出和含乳問題而奮鬥的哺乳母嬰而言，應努力簡化餵養計劃，以確保母親和嬰兒有時間享受彼此。夜間哺乳的需求對睡眠中斷是其情緒症狀主要誘因的母親而言，是具有挑戰性的。在這種情況下，安排其他照護者在晚上哺餵嬰兒一次可能是有益的，使母親能有 5-6 小時不間斷的睡眠。照護者也可將嬰兒帶給母親親餵，並負責安撫寶寶入睡，從而減少母親睡眠中斷。(III)

藥物治療

如果心理/認知行為治療不可行，且症狀嚴重，或母親拒絕這種治療，抗憂鬱藥物是一種有效的選擇。在母乳哺育期間選擇一種抗抑鬱藥時許多因素必須予以考慮。所有的抗憂鬱藥物在母乳中都會有一定程度的存在。用來告知臨床決策的數據主要是由病例報告或系列病例獲得。因此，在一開始治療的選擇應基於一已告知的臨床途徑，此臨床途徑需將病人以前治療憂鬱症的藥物，尤其是懷孕期間使用的藥物，指標症狀，是否有憂鬱症的家族史及其使用抗憂鬱藥物的經驗，目前和過去的疾病，最近的用藥及過敏，藥物副作用和母親本身的期望都考慮在內。必須執行個人化的用藥利弊分析。(Table 1)⁴⁸ (1)

影響抗憂鬱藥物選擇的臨床因素

- 取得精神病史，特別著重於過去的情緒及焦慮疾病和有效的介入治療。如果曾使用精神藥物，考慮何種藥物是有效的且副作用為可承受的。過去治療反應，通常為未來治療的最佳指標。⁴⁸ (II-2)
- 取得精神疾病家族史和治療反應，直系親屬的病史或許可以用來反映個案治療情形。
- 考慮針對主要症狀之藥物及其可能的副作用。
- 選擇在實證醫學中，可用於哺餵母乳的藥物，有可用實證的舊藥比安全資訊有限的新藥適合。

哺乳時抗憂鬱藥物的選擇

哺餵母乳期間需使用藥物時，須要同

時考慮母親及嬰兒之安全。藥物必須對母親有效，對嬰兒安全。雖然嬰兒血清中藥物濃度是測量嬰兒藥物暴露最準確的方式，但在臨床上執行較為困難，因此，影響藥物進入乳汁的因素必須考慮，包括以下各項：

1. 給藥途徑及藥物動力學：⁴⁹
 - 吸收及分布率
 - 半衰期及血液中濃度
 - 解離常數
 - 分布體積
 - 絕對分子量分析
 - 藥物分子之解離度
 - 血液(7.4)及母乳(6.8)酸鹼值
 - 水及脂質的藥物溶解度
 - 蛋白結合比率
2. 在母乳中嬰兒吸收的量
 - 奶量
 - 初乳 VS 成熟奶
 - 母奶中藥物濃度
 - 在前一次哺餵母乳時排空情形
 - 嬰兒對藥物的吸收、去毒化、排出的能力

最新的關於哺乳期間藥物的使用資訊可從網路 TOXNET LACTMED (<http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>) (英語) 和 e-lactancia ([HTTP://e-lactancia.org/](http://e-lactancia.org/)) (英語和西班牙語) 獲得。

大多數抗憂鬱藥物的研究僅提供藥物在母奶中濃度，或藥物母乳血漿比值，這些並非固定數值，而是隨著各種劑量、頻率、給藥時間、藥物相互作用、和遺傳等因素而有變化。雖然測量嬰兒血清中濃度是最佳的衡量方法。但只有少數研究提供相關數據。⁴⁹

抗憂鬱藥物特異性

最近的整合性分析數據顯示，所有的抗抑憂鬱藥物都可以在母乳中檢測出來，但並非所有藥物都可以在嬰兒血清中測得。⁵⁰ 大部分病例顯示 Nortriptyline、Paroxetine 和 Sertraline 在嬰兒血清中檢測不到，但在 17% 和 22% 病例中，可分別測得 Citalopram 和 Fluoxetine 嬰兒血清濃度超過 10% 母親的血清濃度。這些抗憂鬱藥物只有少數不良反應的報告。但對其他抗憂鬱藥物而言，因個案數不足，並沒有定論。沒有足夠證據顯示民族或地區的藥物偏方是安全或有療效的。因此，醫療工作者使用這些藥物必須嚴加注意。(II-2) 特殊抗憂鬱藥物請參考表一

對於哺乳期使用抗憂鬱藥物治療的建議

- 目前證據顯示，未治療憂鬱症對母親及嬰兒可能會有長期且嚴重影響，因此強烈建議必須給予治療(II-2)。
- 不過，重要的不是給輕微症狀的母親貼上憂鬱症的標籤，而是須鑒別產後精神沮喪及憂鬱症。對於發生在產後前二週有輕微症狀的個案，建議密切追蹤，而不是一開始就給予抗憂鬱藥物(II-2)。
- 當症狀為輕度至中度範圍，且對嬰兒無已知風險的哺乳母親，第一線仍建議採用心理/認知行為治療 (Cognitive Behavioral Therapy)，期間仍需監測及重新評估，若症狀無明顯改善或惡化，應考慮使用抗憂鬱藥物(II-2)。

- 針對症狀中度至重度，或者是現有現存壓力來源或人際關係問題之婦女，建議合併使用認知行為治療及抗憂鬱藥物治療。
- 中度到重度症狀的婦女可能只需要抗憂鬱藥物治療，在中度至重度憂鬱症的情況下，治療的益處可能超過藥物對母親或嬰兒的風險。
- 對於哺乳婦女使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症並沒有廣泛認可的處理步驟。必須考慮母親的臨床病史和對治療的反應、不治療的風險、治療的益處、母乳哺育的風險和益處、藥物對嬰兒的風險，和母親的意願等因素，在不同情況下進行個別化風險及利益的分析。
- 如果母親不曾使用過抗憂鬱藥物治療，sertraline 這類抗憂鬱藥，有母乳中、嬰兒血清中濃度較低且副作用少的實證，是適合的第一選擇。(II-2) Sertraline 在哺乳期間有最佳的安全性。開始的建議劑量為 25 毫克連續 5-7 天，以避免副作用，然後可以增加至 50 毫克/天。
- 如果母親在過去已經有使用 selective serotonin reuptake inhibitor (選擇性血清素再攝取抑制劑)，tricyclic antidepressant (三環抗抑鬱劑) 或 serotonin-norepinephrine uptake inhibitor (五羥色胺-去甲腎上腺素攝取抑制劑) 其一治療成功的經驗，則應再審視此藥的相關資訊，如果沒有使用禁忌的話應該被視為第一線用藥。

- 如果母親在懷孕期間以 selective serotonin reuptake inhibitor, tricyclic antidepressant 或 serotonin-norepinephrine uptake inhibitor 其一治療且症狀控制良好，則之後的哺乳期間應繼續使用同一種藥物治療。重要的是要再次確認，母乳的抗憂鬱藥物暴露應遠小於在懷孕期間的抗憂鬱藥物暴露。此外，持續治療情緒障礙對於母親和嬰兒兩者的健康至關重要。應提供並告知母親藥物治療的已知、未知風險及好處以做出決定。
- 母親在治療的初期應仔細監測症狀的變化，包括症狀的惡化。特別是，婦女有躁鬱症的病史，但未被診斷出來。在產後有增加發展成憂鬱症，躁狂症，或精神病發作的風險。雖然這種情況很少見，還是應該讓母親和伴侶明白需要注意的症狀，如失眠，妄想，幻覺，奔騰如潮的思緒，和說話/動作速度快。婦女若有這樣的症狀，應立即聯繫他們的心理健康照護者。
- 母親的照護者應與嬰兒的照護者溝通交流以促進監測和追蹤。嬰幼兒應被醫生/醫護工作者小心監測，包括仔細追蹤嬰兒的成長。若沒有臨床適應症或顧慮，嬰兒血清濃度沒有必要定期檢查。在大多數情況下，除非它是治療精神疾病的藥物而且已有文獻依據的治療窗和實驗室標準值（如：三環抗抑鬱藥），否則嬰兒血清濃度無法提供有用的信息。
- 一個基於母乳哺育藥物動力學研究報告可用於降低嬰兒暴露量的策略是，餵奶後立即服用藥物。（III）
- 有幾個網路和參考書籍可適用於專業人士和母親，以幫助他們獲得知識及相關的這些問題（表2）。

表 2. 對婦女的心理健康和產後憂鬱症幫助資源

結論和對將來研究的建議

儘管對抗憂鬱藥物和哺餵母乳有許多出版刊物，科學文獻仍然缺乏健全的大規模研究可以讓臨床醫師和母親對於個別藥物做出有信心的決策。許多文獻廣泛建議三環類抗憂鬱藥和選擇性血清素再攝取抑制劑是相對安全的，並建議個別的風險效益評估。有助於指引臨床實務的未來研究包括：

1. 哺乳期婦女對任何類別抗抑鬱藥的隨機臨床試驗，包括以下內容：
 - a. 對憂鬱症的程度有足夠的控制
 - b. 藥物的供應，嬰兒血清濃度，在母乳中檢測出的量，母體血清濃度和採樣的時間
 - c. 嬰幼兒在母乳中吃進多少藥物的資訊
 - d. 對嬰幼兒行為結果的資訊
 - e. 評估接受產前治療的母親繼續母乳哺育對減輕嬰兒戒斷症狀的影響。
2. 研究哺乳期母親和醫生選擇延遲治療的理由和追蹤這些嬰兒的行為結果。

ABM protocols expire 5 years from the date of publication. Evidence-based revisions are made within 5 years or sooner, if there are significant changes in the evidence.

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson

Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson

Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Nancy Brent, MD

Ruth A. Lawrence, MD, FABM

Sarah Reece-Stremtan, MD

Casey Rosen-Carole, MD

Tomoko Seo, MD, FABM

Rose St. Fleur, MD

Michal Young, MD

For correspondence: abm@bfmed.org

population using a two item questionnaire. *Arch Womens Ment Health* 2007;10: 277–283.

7. Earls MF; Committee on Psychosocial Aspects of Child and

參考文獻

1. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: Importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med* 2007;20: 280–288.
2. Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, et al. Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics* 2010;125: e609–e617.
3. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, et al. Prevention of recurrent postpartum depression: A randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry* 2001;62:82–86.
4. Marcus SM. Depression during pregnancy: Rates, risks, and consequences —Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol* 2009;16:e15–e22.
5. Oppo A, Mauri M, Ramacciotti D, et al. Risk factors for postpartum depression: The role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression-Research and Screening Unit (PNDRScU) study. *Arch Womens Ment Health* 2009;12: 239–249.
6. Cutler CB, Legano LA, Dreyer BP, et al. Screening for maternal depression in a low education

- Family Health American Academy of Pediatrics. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics* 2010; 126: 1032–1039.
8. Mishina H, Takayama JI. Screening for maternal depression in primary care pediatrics. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21:789–793.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013.
10. Sriraman NK. Postpartum depression: Why pediatricians should screen new moms. *Cont Pediatr* 2012; 29:40–46.
11. Sharma V. Treatment of postpartum psychosis: Challenges and opportunities. *Curr Drug Saf* 2008;3:76–81.
12. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: A review. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1284–1292.
13. Jones I, Craddock N. Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: Results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001;158:913–917.
14. Abramowitz JS, Meltzer-Brody S, Leserman J, et al. Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Arch Womens Ment Health* 2010;13:523–530.
15. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013;74:377–385.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies (CG37)*. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2006.
17. Royal Australian College of General Practitioners. *Guide-lines for Preventive Activities in General Practice*. Royal

Australian College of General Practitioners, East Melbourne, Australia, 2012.

18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Management of Perinatal Mood Disorder. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Edinburgh, 2012.

19. Screening for perinatal depression. Committee Opinion No.630. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015;125:1268–1271. Available at

www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression (accessed June 1, 2015).

20. Yawn BP, Dietrich AJ, Wollan P, et al. TRIPPD: practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management. *Ann Fam Med* 2012;10: 320–329.

21. Appendix A Task Force Ratings. *Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force*, 2nd ed. Available

at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/ (accessed May 27, 2015).

22. Olson AL, Kemper KJ, Kelleher KJ, et al. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. *Pediatrics* 2002;110:1169–1176.

23. Chaudron LH, Szilagyi PG, Campbell AT, et al. Legal and ethical considerations: Risks and benefits of postpartum depression screening at well-child visits. *Pediatrics* 2007; 119:123–128.

24. U.S. Public Health Service.

Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC, 2000.

Available at

www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44233/ (accessed May 27, 2015).

25. Committee on the Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. Policy

- Statement — The future of pediatrics: Mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics* 2009;124: 410–421.
26. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, et al. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. *Comparative Effectiveness Reviews*, No. 106. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2013. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137724/ (accessed May 27, 2015).
27. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–786. Available at http://pesnc.org/wp-content/uploads/EP_DS.pdf (accessed May 27, 2015).
28. Hagan JF Jr, Shaw JS, Duncan P, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 3rd ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2008.
29. Sheeder J, Kabir K, Stafford B. Screening for postpartum depression at well-child visits: Is once enough during the first 6 months of life? *Pediatrics* 2009;123:e982–e988.
30. Freeman MP, Wright R, Watchman M, et al. Postpartum depression assessments at well-baby visits: Screening' feasibility, prevalence, and risk factors. *J Womens Health (Larchmt)* 2005;14:929–935.
31. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord* 2004;78:163–169.
32. Jardri R, Pelta J, Maron M, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord* 2006;93:169–176.
33. Watkins S, Meltzer-Brody S,

- Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol* 2011;118:214–221.
34. Trapolini T, McMahon CA, Ungerer JA. The effect of maternal depression and marital adjustment on young children's internalizing and externalizing behaviour problems. *Child Care Health Dev* 2007;33:794–803.
35. Minkovitz CS, O'Campo PJ, Chen YH, et al. Associations between maternal and child health status and patterns of medical care use. *Ambul Pediatr* 2002;2:85–92.
36. Kavanaugh M, Halterman JS, Montes G, et al. Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practice and parenting behaviors for preschool children. *Ambul Pediatr* 2006;6:32–37.
37. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breast-feeding. *J Womens Health (Larchmt)* 2013;22:352–361.
38. Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2020. Maternal, Infant, and Child Health*. Available at <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives/2020/overview.aspx?topicid=26> (accessed May 27, 2015).
39. Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD006309.
40. Brandon AR, Freeman MP. When she says "no" to medication: Psychotherapy for antepartum depression. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13:459–466.
41. Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: A meta-analysis. *J Clin Psychol* 2008;64:103–118.
42. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis

- DA, et al. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:801–806.
43. Dekker JJ, Koelen JA, Van HL, et al. Speed of action: The relative efficacy of short psychodynamic supportive psycho-therapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *J Affect Disord* 2008;109: 183–188.
44. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1039–1045.
45. Brandon AR, Ceccotti N, Hynan LS, et al. Proof of concept: Partner-assisted interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2012;15:469–480.
46. Mulcahy R, Reay RE, Wilkinson RB, et al. A randomized control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13:125–139.
47. Grote NK, Swartz HA, Geibel SL, et al. A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatr Serv* 2009;60:313–321.
48. Burt VK, Suri R, Altshuler L, et al. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 2001;158:1001–1009.
49. Hale T. *Medications and Mothers Milk*, 16th ed. Hale Publishing, Plano, TX, 2014.
50. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry* 2004;161:1066–1078.
51. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 9:CD002018.
52. Heikkinen T, Ekblad U, Kero P, et al.

- Citalopram in pregnancy and lactation. *Clin Pharmacol Ther* 2002;2:184–191.
53. Lee A, Woo J, Ito S. Frequency of infant adverse events that are associated with citalopram use during breastfeeding. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:218–221.
54. Schmidt K, Olesen OV, Jensen PN. Citalopram and breast-feeding: Serum concentration and side effects in the infant. *Biol Psychiatry* 2000; 47:164–165.
55. Bellantuono C, Bozzi F, Orsolini L, et al. The safety of escitalopram during pregnancy and breastfeeding: A comprehensive review. *Hum Psychopharmacol* 2012; 27:534–539.
56. Brent NB, Wisner KL. Fluoxetine and carbamazepine concentrations in a nursing mother/infant pair. *Clin Pediatr (Phila)* 1998;37:41–44.
57. Kristensen JH, Ilett KF, Hackett LP, et al. Distribution and excretion of fluoxetine and norfluoxetine in human milk. *Br J Clin Pharmacol* 1999; 48:521–527.
58. Epperson CN, Jatlow PI, Czarkowski K, et al. Maternal fluoxetine treatment in the postpartum period: Effects on platelet serotonin and plasma drug levels in breastfeeding mother-infant pairs. *Pediatrics* 2003; 112:e425.
59. Heikkinen T, Ekblad U, Palo P, Laine K. Pharmacokinetics of fluoxetine and norfluoxetine in pregnancy and lactation. *Clin Pharmacol Ther* 2003;73:330–337.
60. Hendrick V, Stowe ZN, Altshuler LL, et al. Fluoxetine and norfluoxetine concentrations in nursing infants and breastmilk. *Biol Psychiatry* 2001; 50:775–782.
61. Suri R, Stowe ZN, Hendrick V, Hostetter A, et al. Estimates of nursing infant daily dose of fluoxetine through breastmilk. *Biol Psychiatry* 2002;52:446–451.
62. Lester BM, Cucca J, Andreozzi L, et al. Possible association between fluoxetine hydrochloride and colic in an

- infant. *J Am Acad Child Psychiatry* 1993;32:1253–1255.
63. Chambers CD, Anderson PO, Thomas RG, et al. Weight gain in infants whose mothers take fluoxetine. *Pediatrics* 1999;104:e61.
64. Nightingale SL. Fluoxetine labeling revised to identify phenytoin interaction and to recommend against use in nursing mothers. *JAMA* 1994;271:106.
65. Arnold LM, Suckow RF, Lichtenstein PK. Fluvoxamine concentrations in breast milk and in maternal and infant sera. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:491–493.
66. Hagg S, Granberg K, Carleborg L. Excretion of fluvoxamine into breast milk. *Br J Clin Pharmacol* 2000; 49: 286–288.
67. Hendrick V, Fukuchi A, Altshuler L, et al. Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women. *Br J Psychiatry* 2001;179:163–166.
68. Piontek CM, Wisner KL, Perel JM, Peindl KS. Serum fluvoxamine levels in breastfed infants. *J Clin Psychiatry* 2001;62:111–113.
69. Yoshida K, Smith B, Kumar RC. Fluvoxamine in breastmilk and infant development. *Br J Clin Pharmacol* 1997;44: 210–211.
70. Wright S, Dawling S, Ashford JJ. Excretion of fluvoxamine in breast milk. *Br J Clin Pharmacol* 1991;31:209.
71. Misery S, Kim J, Riggs KW, Kostaras X. Protein levels in postpartum depressed women, breast milk, and infant serum. *J Clin Psychiatry* 2000;61:828–832.
72. Stowe ZN, Cohen LS, Hostettler A, et al. Paroxetine in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 2000;157:185–189.
73. Merlob P, Stahl B, Sulkes J. Paroxetine during breastfeeding: Infant weight gain and maternal adherence to counsel. *Eur J Pediatr* 2004; 163:135–139.
74. Epperson CN, Anderson GM, McDougle CJ. Sertraline and

- breastfeeding. *N Engl J Med* 1997;336:1189–1190.
75. Stowe ZN, Owens MJ, Landry JC, et al. Sertraline and desmethylsertraline in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 1997;154:1255–1260.
76. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, et al. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breastfeeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 2001;158:1631–1637.
77. Wisner KL, Perel JM, Blumer J. Serum sertraline and N-desmethylsertraline levels in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 1998;155:690–692.
78. Dodd S, Stocky A, Buist A, et al. Sertraline analysis in the plasma of breast-fed infants. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:545–546.
79. Ito S, Koren G. Antidepressants and breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1997;154:1174.
80. Olivier JD, Akerud H, Kaihola H, et al. The effects of maternal depression and maternal selective serotonin reuptake inhibitor exposure on offspring. *Front Cell Neurosci* 2013;7:73.
81. Austin MP, Karatas JC, Mishra P, et al. Infant neurodevelopment following in utero exposure to antidepressant medication. *Acta Paediatr* 2013; 102:1054–1059.
82. Rampono J, Teoh S, Hackett LP, et al. Estimation of desvenlafaxine transfer into milk and infant exposure during its use in lactating women with postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2011;14:49–53.
83. Ilett KF, Kristensen JH, Hackett LP, et al. Distribution of venlafaxine and its O-desmethyl metabolite in human milk and their effects in breastfed infants. *Br J Clin Pharmacol* 2002;53:17–22.
84. Boyce PM, Hackett LP, Ilett KF. Duloxetine transfer across the placenta during pregnancy and into milk during lactation. *Arch Womens Ment Health* 2011;14:169–172.

85. Baab SW, Peindl KS, Piontek CM, et al. Serum bupropion levels in two breastfeeding mother-infant pairs. *J Clin Psychiatry* 2002;63:910–911.
86. Neuman G, Colantonio D, Delaney S, et al. Bupropion and escitalopram during lactation. *Ann Pharmacother* 2014;48: 928–931.
87. Chaudron LH, Schoenecker CJ. Bupropion and breastfeeding: A case of a possible infant seizure. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:881–882.
88. Davis MF, Miller HS, Nolan PE Jr. Bupropion levels in breast milk for four mother-infant pairs: More answers to lingering questions. *J Clin Psychiatry* 2009;70:297–298.
89. Aichhorn WMD, Whitworth ABM, Weiss UMD, et al. Mirtazapine and breast-feeding. *Am J Psychiatry* 2004;161: 2325.
90. Wisner KL, Perel JM. Nortriptyline treatment of breastfeeding women. *Am J Psychiatry* 1996;153:295.
91. Wisner KL, Perel JM. Serum nortriptyline levels in nursing mothers and their infants. *Am J Psychiatry* 1991;148: 1234–1236.
92. Wisner KL, Perel JM, Findling RL, Hinnes RL. Nortriptyline and its hydroxymetabolites in breastfeeding mothers and newborns. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33: 249–251.
93. Frey OR, Scheidt P, von Brenndorff AI. Adverse effects in a newborn infant breast-fed by a mother treated with doxepin. *Ann Pharmacother* 1999; 33:690–693.
94. Freeman MP, Hibbeln JR, Wisner KL, et al. Randomized dose-ranging pilot trial of omega-3 fatty acids for postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:31–35.
95. Lee A, Minhas R, Matsuda N, et al. The safety of St. John's wort (*Hypericum perforatum*) during breast-feeding. *J Clin Psychiatry* 2003;64:966–968.

表 1. 特定的抗憂鬱藥

分類	藥物	【用法用量】/天	適應症	產婦副作用	嬰兒曝光效果	註釋
SSRIs	Citalopram ⁵²⁻⁵⁴	10-60 毫克	憂鬱症或焦慮症; 可能用於纖維肌痛、神經性疼痛、經前症候和疼痛	胃腸道不適、頭痛、性功能障礙、精神緊張或鎮靜	所有 SSRIs 類藥物在人類乳汁中可檢測到。Paroxetine ^{71, 72} 和 Sertraline ⁷⁴⁻⁷⁸ 未超過建議的 10%產婦水平, 則通常於嬰兒血清中檢測不到。 ⁷⁵ Fluoxetine ⁵⁷⁻⁶¹ 和 Citalopram ^{52, 53} 已經超過了 10%產婦的水平。 ⁷⁹ 對嬰兒不良反應包括睡眠不安、腹痛、煩躁不安、拒食、嗜睡。 ^{56, 63, 64, 80-82} 美國食品藥物管理局表示, Fluoxetine 不適用於哺乳婦女。 ⁶⁴	Sertraline 是處方上最常用的 SSRI, 因為在奶水中含量低無法測到, 且孕婦可以安全使用。目前實證對於在懷孕和哺乳期間使用 SSRI 對神經行為及發展的長期影響仍有限, 但最近的研究比較讓人放心。 ^{56, 63, 80, 81}
	Escitalopram ^{55, 56}	10-20 毫克				
	Fluoxetine ⁵⁶⁻⁶⁴	10-80 毫克				
	Fluvoxamine ⁶⁵⁻⁷⁰	50-300 毫克				
	Paroxetine ^{67, 71-73}	10-60 毫克				
	Sertraline ^{67, 74-78, 82}	25-200 毫克 (通常的每日劑量)。開始以 25mg 5-7 天, 然後增加至 50 毫克。				
SNRIs	Venlafaxine ^{51, 83}	37.5-225 毫克	憂鬱症	溢乳	Venlafaxine 及其活性代謝物在奶水, 其代謝物可以在母乳餵養的嬰兒的血漿中被發現, 但沒有證明藥物相關的副作用。需要監測是否被鎮靜和體重增加的適當性。	這些藥物只有零星的報告。 ⁸²⁻⁸⁴ 數量有限的報告顯示對哺乳嬰兒有明顯地影響。
	Duloxetine ⁸⁴	20-120 毫克				
	Desvenlafaxine ⁸²	50-100 毫克				
其他類抗憂鬱藥 (norepinephrine/ dopamine/ serotonin reuptake block)	Bupropion ⁸⁵⁻⁸⁸	150-450 毫克	憂鬱症	劑量依賴性嗜睡、口乾、食慾增加、體重增加和頭暈	非常有限的數據, 從無症狀測不到嬰兒的血清水平與煩躁和癲癇發作的擔憂 嬰兒有限的數據; 無不良副作用指出	不應因為用藥而停止母乳哺育。然而, 建議換藥。
	Mirtazapine ⁸⁹	15-30 毫克				
TCAs/ heterocyclics	Amitriptyline, amoxapine, clomipramine, desipramine, doxepin,	nortriptyline, 30-50 毫克/天, 分 3-4 次; 或每天一次給定總日劑量。	憂鬱症和焦慮症; 常常在低劑量用於睡眠和慢性疼痛。	低血壓、鎮靜、口乾、尿瀦留、體重增	只有 nortriptyline 有足夠數量的報告評論哺乳期間的使用: 於嬰幼兒血清檢測不到; 沒有不良反應的報告。 ⁹⁰⁻⁹² 使用	較舊的分類之一

表 1. 特定的抗憂鬱藥

分類	藥物	【用法用量】/天	適應症	產婦副作用	嬰兒曝光效果	註釋
	maprotiline, nortriptyline, protriptyline 和 trimipramine			加、性功能障礙、便秘等。過量時，可能引起心律失常而死亡。	doxepin 需要小心，因為有個案報告呈現肌張力減退、餵食不佳、嘔吐和哺育嬰兒被鎮靜而停餵母乳。 ⁹³	
中草藥/自然	St. John's wort (Hypericum perforatum) 含有 hypericin 及 hyperforin 以及 flavonoids (例如 quercetin)	300 毫克	憂鬱症	一項研究發現略增加哺乳嬰兒的腸絞痛、嗜睡及昏睡的頻率，但皆不需要治療。 ⁹⁵	Hypericin 及 hyperforin 不容易分泌至母乳中。	已用於治療輕、中度憂鬱多年，特別是在歐洲。但在美國用於憂鬱症治療的用途仍具爭議性。
	Omega-3 脂肪酸		孕期和產後期憂鬱症 ⁹⁴	對母嬰的危險性很小。主要的副作用是“魚腥味”。		
抗精神病藥物	Quetiapine	開始在 25 毫克，滴定。最大劑量 600 毫克	雙極精神障礙、精神分裂症	鎮靜	鎮靜	
情緒穩定	Lithium 鋰	開始在 300 毫克，滴定按照鋰水平。最大劑量，900-1,200 毫克		腹瀉，嘔吐	TSH 升高	母親血液中可偵測到鋰鹽，因此需要定期檢測。

表2.幫助婦女的心理健康及產後憂鬱症的資源

資源	描述	網址
<p>網站</p> <p>國際馬爾塞周產期心理健康協會 (International Marce Society for Perinatal Mental Health)</p>	<p>主要由一群跨專業的健康照護者，有興趣於婦女、嬰兒與其家人在生育過程中的心理健康相關研究的倡議、促進及溝通。</p>	<p>www.marcesociety.com</p>
<p>婦幼保健局，美國衛生資源和服務管理 (Maternal and Child Health Bureau, U.S. Health Resources and Services Administration)</p>	<p>衛教手冊“懷孕期間和分娩後的憂鬱：婦女及她的家人及朋友的資源” “Depression During and After Pregnancy: A Resource for Women, Their Families, and Friends”</p>	<p>www.mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/depression</p>
<p>全國預防自殺生命線，美國藥物濫用和精神健康服務管理局 (National Suicide Prevention Lifeline, U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration)</p>	<p>1-800-273-TALK (8255)</p>	<p>www.suicidepreventionlifeline.org</p>
<p>國際產後支持 (Postpartum Support International)</p>	<p>給照護者、母親、父親和家庭有關產後憂鬱症的訊息和資源。需要幫助請洽該州。 PSI Warmline (僅限工作日) 800-944-4PPD (4773)</p>	<p>www.postpartum.net</p>
<p>產後憂鬱症線上支持團體 (Postpartum Depression Online Support Group)</p>	<p>一個私人資助的線上支持團體，提供信息、支持和幫助處理產後情緒障礙和他們的家人、朋友、醫生和輔導員</p>	<p>www.ppdsupportpage.com</p>
<p>美國心理健康 (Mental Health America)</p>	<p>美國心理健康是非營利性組織，關注父親以及母親的心理健康。</p>	<p>www.mentalhealthamerica.net/conditions/postpartum-disorders</p>
<p>超越憂鬱</p>	<p>在澳大利亞國內首創，提升焦慮和憂鬱的認識，提供恢復、管理和應變能力的相關資</p>	<p>www.beyondblue.org.au</p>

(Beyond Blue)	源。		
圖書	Bennett SS, Indman P. Beyond the Blues: Understanding and Treating Prenatal and Postpartum Depression & Anxiety. Moodswings, San Jose, CA, 2011.		
	Cooper PJ, Murray L, eds. Postpartum Depression and Child Development. Guilford, New York, 1999		
	Kendall-Tackett KA. A Breastfeeding-Friendly Approach to Postpartum Depression. Praeclarus Press, Amarillo, TX, 2015.		
	Kendall-Tackett KA. Depression in New Mothers, 2nd ed. Routledge, London, 2010.		
	Kleiman K. Therapy and the Postpartum Woman: Notes on Healing Postpartum Depression for Clinicians and the Women Who Seek Their Help. Routledge, Abingdon, United Kingdom, 2008.		
	Kleiman KR. The Postpartum Husband: Practical Solutions for Living with Postpartum Depression. Xlibris, Bloomington, IN, 2001.		
	Shields B. Down Came the Rain: My Journey Through Postpartum Depression. Hyperion, New York, 2006.		
	Wiegartz PS, Gyoerkoe KL, Miller LJ. The Pregnancy and Postpartum Anxiety Workbook: Practical Skills to Help You Overcome Anxiety, Worry, Panic Attacks, Obsessions, and Compulsions. New Harbinger Publications, Oakland, CA, 2009.		